

Литература

1. Гончарова, В. А. Диагностика быстрой смерти / В. А. Гончарова // Актуальные вопросы судебной экспертизы. - Харьков, 1998. - С. 73 - 74.
2. Лиховая, С. Я. Насильственная смерть среди жителей г. Киева, которые погибли в 2010-2012 годах: причины, тенденции, социальное значение / С. Я. Лиховая, А. Н. Биляков, Н.Н. Труш // Байкальский криминологический журнал, №1(23), 2013. – С. 107 - 113.
3. Мальцев, С. В. От медико-демографической констатации к комплексному анализу скоропостижной смерти от сердечнососудистых заболеваний / С. В. Мальцев // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. - Новосибирск, 1997. - вып.2. - С. 81-82.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Е. А. Болокадзе, Е. Н. Пионова

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

По данным эпидемиологических исследований распространенность обструктивной патологии бронхолегочной системы в мире колеблется в пределах от 10 до 18 %. В течение последних лет в Украине по данным статистики МОЗ Украины этот показатель составляет от 6 % до 15 %. Согласно последним рекомендациям (Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD, 2014), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) трактуется как заболевание, которое можно предотвратить и которое можно лечить. Обострения и коморбидные состояния значительно усугубляют тяжесть заболевания. ХОБЛ – следствие взаимодействия организма с окружающей средой, поэтому до настоящего времени остаются не решенными не только отдельные, но и концептуальные аспекты данной проблемы: окончательно не определены подходы к фенотипированию ХОБЛ, изучению коморбидной патологии в сопоставлении с клиническим фенотипом. Важным направлением профилактики коморбидных состояний является исследование кардиоваскулярного риска, особенно на фоне ожирения.

Цель: Исследование клинических особенностей течения ХОБЛ, изменений показателей внешнего дыхания, ремоделирования сердца у больных ХОБЛ в сочетании с ожирением.

Материалы и методы: Нами было обследовано 20 больных ХОБЛ (1 группа) и 30 больных с ХОБЛ в сочетании с ожирением (2 группа) в возрасте от 45 до 65 лет. Всем больным проведен сбор анамнестических данных, тест с 6-минутной ходьбой, исследованы рентген легких, ФВД, ЭКГ и УЗИ сердца.

Результаты и их обсуждение: Клинико-анамнестически у 88% всех больных наблюдалась одышка, кашель у 74 % больных, с выделением слизисто-гнойной мокроты – 76 % больных. Одышка оценивалась по шкале MRC, средний показатель равнялся $2,6 \pm 0,84$ и $2,8 \pm 0,08$ баллов. Средняя продолжительность заболевания практически во всех случаях составляла более 10 лет, однако 64 % больных ХОБЛ с сопутствующим ожирением затруднились указать длительность заболевания более четко. Стаж курения

составлял 10-25 пачко/лет. У обследованных пациентов с ХОБЛ в обеих группах наблюдалось преобладание гр. В и гр. С. Это нашло отражение и в частоте обострений ХОБЛ. Обострения наблюдались в этих группах, 4 (43 %) и более 4 раз в год (57 %) соответственно. У 35 % пациентов с ХОБЛ в сочетании с ожирением выявлены дыхательную недостаточность тяжелой степени и у 65 % - средней степени тяжести. Легочная гипертензия выявлена у 40 % больных. Хроническое легочное сердце у 30 % больных. Рентгенограмма органов грудной клетки у больных ХОБЛ с сопутствующим ожирением показала классические признаки эмфиземы легких. ЭКГ признаки перегрузки правых отделов сердца ($QRS > 90^\circ$, увеличение размеров зубца Р во II, III стандартных отведениях более 2 мм, снижение амплитуды зубца Т в стандартных и левых грудных отведениях), были выявлены у 29 % больных с ХОБЛ гр. В, и также у 46 % больных с ХОБЛ гр. С, что отражало транзиторную легочную гипертензию при нарастании бронхиальной обструкции. ЭКГ - признаки гипертрофии ПЖ, характерные для постоянной легочной гипертензии (признак перегрузки или дилатации ПЖ, блокада правой ножки пучка Гиса, появление высокого остроконечного Р-pulmonale) встречались у 36-50 % больных с ХОБЛ с ожирением. С помощью спирометрии верифицированы значительные дыхательные нарушения смешанного типа, которые формируются за счет обструктивного механизма и связанные с высоким стоянием диафрагмы, лишним отложением жира на диафрагме и внутренней поверхности стенок грудной клетки, обуславливая ограничение дыхательной экскурсии. Так же, в этой группе обнаружены значимые нарушения бронхиальной проходимости на уровне бронхов всех калибров (ОФВ1 составил $43,16 \pm 2,68$ % от должных значений, ОФВ1/ФЖЕЛ - $64,45 \pm 1,84$ % от должного значения).

Анализ показателей функционального состояния миокарда показал, что у больных первой группы выявлено достоверное увеличение конечно - диастолического размера (КДР) левого желудочка (ЛЖ) от должных значений на 5,6 % ($p < 0,05$), конечно-систолического размера (КСР) ЛЖ на 3,7 % ($p < 0,05$), конечно-диастолического объема (КДО) ЛЖ на 9,5 % ($p < 0,05$), конечно - систолического объема (КСО) ЛЖ на 4,1% ($p < 0,05$), ударного объема (УО) на 9,4 % ($p < 0,05$), массы миокарда (ММ) ЛЖ на 7,3 % ($p < 0,05$), размера правого желудочка (ПЖ) на 8,2 % ($p < 0,05$), левого предсердия (ЛП) на 2,5 % ($p < 0,05$), толщины межжелудочковой перегородки в фазу диастолы (ТМЖПд) на 4,4 % ($p < 0,05$), толщины задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖд) на 2,7 % ($p < 0,05$), показатель фракции выброса (ФВ) снижен.

Анализ показателей функционального состояния миокарда у больных второй группы с абдоминальным ожирением выявлено достоверное увеличение КДР ЛЖ на 6,1 % ($p < 0,05$), КСР ЛЖ на 4,2 % ($p < 0,05$), КДО ЛЖ на 9,9 % ($p < 0,05$), КСО ЛЖ на 4,8 % ($p < 0,05$), УО на 11,2 % ($p < 0,05$), ММ ЛЖ на 9,1 % ($p < 0,05$), размера ПЖ на 9,1 % ($p < 0,05$), ЛП на 2,9 % ($p < 0,05$), ТМШПд на 5,2 % ($p < 0,05$), ТЗСЛШд на 3,4 % ($p < 0,05$), ФВ ниже на 2,0 % ($p < 0,05$) по сравнению с группой больных без абдоминального ожирения. Вероятное увеличение размера ПЖ может указывать на рост нагрузки правых

отделов сердца с формированием легочной гипертензии и развитием хронического легочного сердца. Увеличение величины УО имеет компенсаторно-приспособительный характер, который направлен на сохранение насосной функции сердца.

Таким образом, учитывая наличие однотипных жалоб, а именно, одышки, продуктивного кашля, частоту обострений, особенности клинического течения наличие вентиляционных нарушений смешанного типа, которые максимально выражены у больных с ожирением, а особенно с абдоминальным типом, позволяют выделить фенотип ХОБЛ с ожирением. Таким образом, индивидуальный подход к фенотипированию пациентов с ХОБЛ позволит более рационально подойти к терапии подобного контингента.

ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В БЕЛАРУСИ

Э. А. Вальчук

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Беларусь*

Принятая 21-22 октября 2015г. на Европейской министерской конференции ВОЗ в Минске декларация «Охват всех этапов жизни в контексте положений политики «Здоровье 2020» провозгласила в качестве основного подхода политики здравоохранения - защиту здоровья на протяжении всего жизненного пути. Было отмечено, что ориентация на этот подход будет способствовать улучшению здоровья и благополучия людей и социальной справедливости.

В Минской декларации в качестве приоритетных предложений предусмотрены «меры по усилению потенциала работников здравоохранения и систем здравоохранения для действий в интересах людей и с уважением достоинства каждого человека, с координацией работы с учетом индивидуальных и групповых потребностей, эффективными междисциплинарными подходами и содействием для ведения достойной самостоятельной жизни и для самопомощи».

Эта политика базируется на взглядах и позициях, впервые сформулированных на Алма-Атинской конференции ВОЗ в 1978 году провозгласившей приоритет первичной медико - санитарной помощи, заключающийся в создании новой культуры здравоохранения, выходящей за пределы биомедицинского детерминизма. Система первичной медико-санитарной помощи обеспечивает не только лечебную, но и профилактическую работу, а также организацию медицинской помощи прикрепленному населению. Значение первичной медико-санитарной помощи для населения определяется высокой доступностью медицинской помощи, возможностью получения квалифицированного обследования и комплексного медицинского обслуживания в течение всей жизни. Основной